

INFORMATION

No. 1203-05

検査内容変更のお知らせ

謹啓 時下ますますご清栄のこととお慶び申し上げます。

平素は格別のご高配を賜り、厚く御礼申し上げます。

この度、下記の項目につきまして、平成24年4月2日(月)受領分より、検査内容を変更させていただくことになりましたので、ご案内申し上げます。

先生方には大変ご迷惑をお掛けいたしますが、何卒宜しくご了承のほどお願い申し上げます。

敬具

記

■ 変更内容

コード	検査項目名	変更箇所	新	旧
0263	リウマトイド因子(RF)定量	基準値	0~15 U/ml ^{※1}	0~10 U/ml
1768	ガストリン放出ペプチド前駆体(Pro-GRP)	基準値	81.0 未満 pg/ml	80.0 以下 pg/ml
0674	神経特異エノラーゼ(NSE)	基準値	16.3 以下 ng/ml	12.0 以下 ng/ml
1270	レチノール結合蛋白(RBP)	基準値	男性 :2.7~6.0 mg/dl 女性 :1.9~4.6 mg/dl	2.9~7.9 mg/dl
		検査方法	LA(ラテックス凝集比濁法)	ネフェロメトリー法
1804	抗好中球細胞質ミエロペルオキシダーゼ抗体(MPO-ANCA、P-ANCA))	基準値	3.5 未満 U/ml	9.0 未満 U/ml
		検査方法	CLEIA	EIA
		報告下限	1.0 未満 U/ml	1.3 未満 U/ml
		報告上限	300 以上 U/ml	∞
1788	抗好中球細胞質抗体(PR3-ANCA、C-ANCA)	検査方法	CLEIA	EIA
		報告下限	1.0 未満 U/ml	3.5 未満 U/ml
		報告上限	350 以上 U/ml	∞

※1 リウマトイド因子(RF)定量の基準値変更は、リウマトイド因子標準化のガイドライン(日本臨床検査標準化協議会認証)によるものです。

(裏面に続く)

株式会社 武蔵臨床検査所

*お問い合わせは当社または担当者までお願いいたします。

〒358-0013 埼玉県入間市上藤沢309-8
TEL 04-2964-2621 FAX 04-2964-6659

■変更内容

コード	検査項目名	変更箇所	新	旧
2559	トロンボモジュリン(TM) 〈血清〉	基準値	12.1~24.9 U/ml	10.4~23.4 U/ml
		検査方法	CLEIA	EIA
		報告範囲	5~200 U/ml	0.5~120 U/ml
2560	トロンボモジュリン(TM) 〈血漿〉	基準値	8.7~22.7 U/ml	9.4~21.1 U/ml
		検査方法	CLEIA	EIA
		報告範囲	5~200 U/ml	0.5~120 U/ml
1705	プレアルブミン	検査方法	TIA	ネフェロメトリー法
0710	ハプトグロビン(Hp)	検査方法	TIA	ネフェロメトリー法
1907	抗CCP抗体 (抗シトルリン化 ペプチド抗体)	検査方法	CLEIA	EIA
		報告下限	0.6 未満 U/ml	1.0 未満 U/ml
		報告上限	500 以上 U/ml	∞
2700	(1→3)-β-Dグルカン	検査方法	比濁時間分析法	合成基質法
		報告範囲	6~600 pg/ml	1.2~120 pg/ml
0803	血清補体価(CH ₅₀)	基準値	31.6~57.6 U/ml	30~50 U/ml
		検査方法	リポソーム免疫測定法	TIA
0355	血沈(赤沈・ESR)	報告様式	1時間値のみの報告	1時間値、2時間値の報告
0336	プロトロンビン時間(PT)	パニック値	INR:3.0以上	PT時間:25秒以上
0784	フェニトイン	パニック値	30 以上 μg/ml	20 以上 μg/ml

■変更実施期日

平成24年 4月 2日(月) 受領分より